

This claim form is for those who are within 2 months of their expected delivery date.

記入見本

出産育児一時金請求書【受取代理】

Furigana (in Katakana)

Employee Number 番号	〇 〇 〇 〇 〇 〇	Name of Insured Person ハナツバキ ハナコ
Health Insurance Card [Symbol] [Number]	記 号 番 号 〇 〇 〇 〇 〇 〇	Date of Birth: [Showa] / [Heisei] [Year][Month][Date] 昭 平 〇 年 〇 月 〇 日
Address of Insured Person (Claimant) 〒 [Postal Code] [Address]	所 〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県 〇〇市 〇〇 〇〇-〇	Phone Number 〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇
Estimated Date of Delivery: Reiwa [Year][Month][Date]	令和 〇 年 〇 月 〇 日	胎児数 ●単胎 ●多胎 (1 児)
In the case of Dependant's delivering	Name of Dependant 被扶養者(家族)が出産した場合、 Relationship to Insured Person Date of Birth of Dependant: [Showa] / [Heisei] [Year][Month][Date]	Number of Newborn: [Single Birth] / [Multiple Birth] (Please write the number here)
Medical institution where the birth is scheduled	Name of institution 産婦人科医院 Address and Post Code 〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県 〇〇市 〇〇 〇〇-〇	Phone Number 電話 〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇
Section for current employee(Power of Attorney) "I delegate the receipt of benefits to the below-mentioned employer." 被保険者氏名 花椿 花子 Name of Insured Person	令和 〇 年 〇 月 〇 日	Reiwa [Year][Month][Date]
Method of payment if there is a balance to be paid to the insured person	Section for retired employee 銀行 〇 農協 〇 支店 〇 出張所	
Detail of Bank Account for transfer [Name of Banking institution] [Bank] / [Agricultural Cooperative Society] / [Shinkin Bank] [Saving account] / [Current account] [Furigana of Name of Account Holder](in Katakana) [Name of Account Holder]		

受 取 代 理 人 (乙) の 欄	Section for representative payee は、医療機関である(〇〇産婦人科医院)を、代理人と定め、 出産育児一時金等の医療機関等への直接払制度は利用しません。 甲が請求する出産育児一時金等のうち、乙が甲に対して出産に関し請求する費用の額※の受領に関すること。 ※出産育児一時金等の支給額を上限とする。	
	令和 〇 年 〇 月 〇 日 Please ask the medical institution to fill in this section.	
	甲(被保険者)の 住所 〇〇県 〇〇市 〇〇 〇〇-〇 氏名 花椿 花子	
	乙(代理人) の 住所 〇〇県 〇〇市 〇〇 〇〇-〇 氏名 〇〇産婦人科医院 電話 〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇	
受取代理人に 対する 支払金融機関	〇〇 ●銀行 〇農協 〇信用金庫	〇〇 ●支店 〇出張所
	預金種別 ●普通 〇当座	口座番号 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇
	口座名義 (フリガナ) 〇〇サンフジンカ 〇〇産婦人科	

事業主記入欄	Section for employer けた給付金は、当事業所と貴組合との間で定められた方法で受領し、 請求者へ支給します。 令和 年 月 日	受 付 印
	所在地	
	事業所名 事業主名	

Certification from employer is required.

- Note:**
- This application is for insured persons or their dependants who are expected to receive a Childbirth and Childcare Lump-sum Grant and are within two months of the expected date of delivery. (However, childbirth abroad is not covered.)
 - The application should be submitted directly to the Health Insurance Society without filling in the 'Section for employer' if the applicant is a voluntarily continued member.

Documents required to be attached:

A photocopy of the Maternal and Child Health Handbook (the cover page with the name of the person delivering the baby and the page with the expected date of delivery).